



Formulario de Consentimiento de Información del Paciente

Consentimiento a la Evaluación y Tratamiento de Fisioterapia

Por la presente autorizo a la evaluación y el tratamiento de mi condición por un fisioterapeuta con licencia empleado por BreakThrough Physical Therapy, Inc. El fisioterapeuta explicará la naturaleza y los propósitos de estos procedimientos, la evaluación y el curso del tratamiento. El fisioterapeuta me informará de los beneficios y complicaciones esperados, y de las molestias y riesgos que puedan surgir, así como las alternativas al tratamiento propuesto y el riesgo y las consecuencias de no recibir tratamiento.

Asignación de Beneficios y Ganancias del Seguro

Autorizo el pago de beneficios médicos a BreakThrough Physical Therapy, Inc. por los servicios prestados. BreakThrough Physical Therapy, Inc. hará un esfuerzo razonable para cobrar los ingresos del seguro al completar los formularios y enviar los formularios a la compañía de seguros. La entrega de dichos formularios y / o la aceptación de la asignación de beneficios de seguro no exime a los firmantes de la obligación de pagar el monto adeudado por la terapia física.

Formulario de Consentimiento de Información Del Paciente (HIPAA)

He leído y entiendo perfectamente el aviso de prácticas de información de BreakThrough Physical Therapy, Inc. Entiendo que BreakThrough Physical Therapy, Inc. puede usar o divulgar mi información médica personal con el fin de llevar a cabo el tratamiento, obtener el pago, evaluar la calidad del servicio prestado y cualquier operación administrativa relacionada con el tratamiento o el pago. Entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones, por escrito, con respecto a cómo se utiliza y divulga mi información de salud personal para tratamiento, pago y operaciones administrativas. También entiendo que BreakThrough Physical Therapy, Inc. considerará las solicitudes de restricciones caso por caso, pero no está obligado a cumplir dichas solicitudes.

Por este medio consiento el uso y divulgación de mi información de salud personal para los fines que se indican en el Aviso de Prácticas de Información de BreakThrough Physical Therapy, Inc. Entiendo que me reservo el derecho de revocar este consentimiento mediante notificación por escrito a la práctica en cualquier momento, en el cual BreakThrough Physical Therapy, Inc. tiene 30 días para responder a mi solicitud.

Divulgación de Información

Por la presente autorizo la divulgación de la información necesaria para presentar reclamaciones con mi compañía de seguros. Permitiré que se utilice una copia de esta autorización en lugar del original.

Autorización de Individuos Designados

Yo, _____, por medio de la presente autorizo a una o todas las partes designadas a continuación para solicitar y recibir cualquier información médica protegida con respecto a mi tratamiento, pago u operaciones administrativas relacionadas con el tratamiento y el pago. Entiendo que la identidad de las partes designadas se verificará mediante una identificación con foto antes de la divulgación de cualquier información. Si no hay ninguno, escriba "ninguno" a continuación.

Designados autorizados:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

He leído y entiendo los consentimientos anteriores, asignación de beneficios, divulgación de información y autorización de individuos designados arriba.

Firma del Paciente _____

Fecha _____

CANCELACION TARDIA/ POLITICA DE NO SHOW

Por favor llame a nuestra oficina si usted no puede venir a una cita ya programada. Si no llama por lo menos 6 horas (horas hábiles) antes de la hora de su cita, habrá un **cargo de \$25 por cancelación tardía**. Si no llama o no se presenta a una cita, se cobrarán **\$50 por No show**.

Firma del Paciente _____

Fecha _____